

CC 029

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CURSO DE MEDICINA

Nota-g
[Signature]

PROGNÓSTICO IMEDIATO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1979.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CURSO DE MEDICINA

PROGNÓSTICO IMEDIATO DO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

MAURÍCIO LAERTE SILVA

RITA DE CÁSSIA / BARBI

ROQUE LUIZ SANT'ANA

ALUNOS DA XII FASE DO CURSO DE MEDICINA DA UFSC

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1979.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. PAULO NORBERTO DISCHER DE SÁ, pela orientação dada na elaboração deste trabalho;

Aos Profs. Drs. LUIZ CARLOS CORAL e NORBERTO ALVES DOS ANJOS FERREIRA, pela colaboração dispensada.

Aos Funcionários do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Governador Celso Ramos, pela colaboração dispensada.

Í N D I C E

- I - RESUMO
- II - INTRODUÇÃO
- III - MATERIAL E MÉTODO
- IV - RESULTADOS
- V - DISCUSSÃO
- VI - CONCLUSÕES
- VII - SUMMARY
- VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I - RESUMO

Os autores analisaram 117 casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE), com a idade média de 57,72 anos para pacientes do sexo masculino e 59 anos para o sexo feminino.

A trombose cerebral incidiu em 78 pacientes, seguida pela hemorragia cerebral (19 casos), Isquemia cerebral transitória ICT (12 casos) e embolia cerebral (8 casos).

Houve ligeira predominância do AVE no sexo masculino em relação ao sexo feminino.

As doenças associadas mais encontradas foram, principalmente, a hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias e diabetes mellitus, todas relacionadas à etiologia do tipo de AVE em que ocorreram com maior frequência.

O tempo de permanência hospitalar variou de acordo com a gravidade do tipo de AVE, sendo menor na ICT e hemorragia cerebral, na primeira pela menor gravidade e na segunda pela elevada taxa de mortalidade precoce.

Quanto à localização cerebral, o acometimento bilateral determinou óbito em 100% dos casos e a localização à direita ou à esquerda não influenciou na taxa de mortalidade, somente condicionou menor ou maior tempo de hospitalização.

Em termos de prognóstico imediato do AVE, a situação definiu-se nas primeiras quatro semanas após a instalação do mesmo, levando-se em consideração principalmente as taxas de mortalidade.

II - INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE), síndrome clínica que envolve todos os sinais e sintomas de infarto e hemorragia cerebral, entre as doenças cerebrovasculares é responsável por elevada taxa de mortalidade e incapacitação funcional, assumindo real importância não só na neurologia como em todo contexto da patologia médica. Isto representa, em termos médicos e sociais, ônus razoavelmente significativo quanto à assistência imediata e reabilitação dos pacientes (4, 8).

Nos Estados Unidos, a mortalidade situa-se em torno de 200.000 por ano, ou seja, terceira causa mais comum de morte, precedida somente pelas Cardiopatias e Neoplasias malignas. Como a assistência médica continuada promove um aumento da sobrevida, a população de pacientes idosos torna-se maior, e, conseqüentemente, a incidência do AVE eleva-se, e da mortalidade e incapacitação física também (4, 5, 7 e 8) = (4, 5, 7 e 8).

Entre as emergências médicas, o AVE, frequentemente acarreta dificuldades diagnósticas; estas persistem não por incapacidade ou erro médico mas porque, além de contradições semânticas inerentes à denominação do síndrome, muitas vezes o AVE provoca dubiedade diagnóstica devida a sua fisiopatologia, ou seja, a trombose, embolia e hemorragia cerebral traduzem-se, muitas vezes, por quadros clínicos não muito característicos, além de estarem em algumas situações associadas entre si, dificultando de imediato o diagnóstico etiológico (1, 6).

Sabe-se por estudos realizados, que doenças como hipertensão arterial sistêmica, cardiopatias, aterosclerose e diabetes mellitus, guardam relação íntima com o AVE, sendo por ele responsáveis, frequentemente. Estas entidades são perfeitamente preveníveis, quando diagnosticadas e tratadas precocemente. Porém, quer-nos parecer que muito pouco se faz neste sentido, com isto contribuindo indiretamente para a alta incidência do AVE (5, 6, 7 e 12).

Muitos estudos foram realizados para avaliar aspectos epidemiológicos e etiológicos em relação ao AVE, quase todos che-

gando às mesmas conclusões. Porém, poucos foram feitos para avaliar o prognóstico imediato e tardio desta entidade nosológica, os quais dependem diretamente da prevenção e da conduta terapêutica tomada frente ao tipo de AVE (3, 4, 5, 7 e 8).

Com o objetivo precípuo de avaliar o prognóstico imediato do AVE, entre pacientes internados no Hospital Governador Celso Ramos, os autores analisaram os respectivos prontuários e correlacionaram entre si os principais aspectos etiológicos e epidemiológicos, relacionados ao AVE, procurando com os resultados obtidos, demonstrar a situação real do prognóstico imediato dos pacientes acometidos de AVE, internados no referido hospital, durante o ano de 1976.

III - MATERIAL E MÉTODO

Para a elaboração do presente trabalho, analisamos 156 prontuários arquivados no serviço de arquivo médico e estatística (SAME) do Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), correspondentes aos casos de AVE internados durante o ano de 1976 neste hospital, sendo que neste ano o número geral de internações foi de 6.001, 423 das quais na Clínica Neurológica. Destes 156 prontuários, 39 foram desprezados por encontrarem-se incompletos e 117 foram pesquisados, apesar de alguns deles acharem-se parcialmente incompletos. Nestes, computamos as informações dado por dado para não alterar a amostra globalmente, assinalando-se quando necessário os dados ausentes, utilizando para estes casos a denominação "sem dados".

Para o estudo, colhemos informações referentes à identificação do paciente, como: número de registro, nome, sexo, idade, raça e procedência, e referentes à enfermidade, durante a internação: tipo de AVE, localização cerebral, doenças associadas, tempo de permanência hospitalar e condições de alta.

Consignamos sistematicamente, o sexo em masculino e feminino; a raça em branca e negra.

Para a classificação da procedência seguimos as orientações do Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis (IPUF), que subdivide a micro-região da Grande Florianópolis nas seguintes zonas:

1 - Área do aglomerado urbano de Florianópolis:

1.1 - Zona Urbana - compreende a área conurbanada de Florianópolis, definida como "área de urbanização contínua ao longo da faixa litorânea". É formada por:

- Distrito sede de Florianópolis (Centro e bairros próximos: Bom Abrigo, Capoeiras, Carriano, Córrego Grande, Costeira do Pirajubaé, Coqueiros, Estreito, Itacorobi, Itaguassú, Prainha, Pantanal, Trindade; etc.).

- Distrito sede de Barreiros, em São José.
- Distrito sede de Biguaçu.
- Distrito sede de Palhoça.

1.2 - Zona Rural - constituída por:

- Interior da Ilha de Santa Catarina (Distritos de Canasvieiras, Lagoa da Conceição, Pântano do Sul, Ratones, Ribeirão da Ilha, São João do Rio Vermelho e Santo Antônio de Lisboa.
- Interior do Município de São José.
- Interior do Município de Biguaçu.
- Interior do Município de Palhoça.
- Municípios de: Águas Mornas, Antônio Carlos e Governador Celso Ramos.

2 - Demais Municípios componentes da micro-região, a saber: Angelina, Anitápolis, Canelinha, Garopaba, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Paulo Lopes, Rancho Queimado, São Bonifácio, São João Batista e Tijucas.

Incluiu-se em outros Municípios os que não enquadraram-se nesta classificação.

Classificamos o tipo de AVE em embólico, trombótico, hemorrágico, e isquemia cerebral transitória; a localização cerebral em direita, esquerda e bilateral. Consideramos como doenças associadas as pneumopatias, cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e, em "outras", aquelas menos frequentes e sem relação direta com a etiologia e prognóstico do AVE, e condições de alta em melhorando, inalterado ou óbito, segundo as informações contidas nos prontuários. O tempo de permanência hospitalar foi considerado em dias, agrupados em intervalos de 7 dias.

Após a computação dos dados, nossa amostra ficou assim constituída: quanto ao sexo, 65 pacientes masculinos e 52 femininos; quanto à raça, 110 brancos e 07 negros; quanto à procedência, 65 da zona urbana, 26 da zona rural e 26 de outros municípios; quanto ao tipo de AVE, 08 embólicos, 78 trombóticos, 19 hemorrágicos e 12 com isquemia cerebral transitória.

Estes e outros dados foram interrelacionados entre si e agrupados em quadros e tabelas.

IV - RESULTADOS

Nas páginas que se seguem apresentamos em quadros e tabelas os resultados obtidos em nossa análise.

Tabela I: Tipo de AVE segunda o sexo (Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

SEXO	TIPO DO AVE				TOTAL
	Emb.	Tromb.	Hemor.	ICT	
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Masculino	02 25,00	42 53,85	14 73,68	07 58,33	65 55,56
Feminino	06 75,00	36 46,15	05 26,32	05 41,67	52 44,44
TOTAL	08 100,00	78 100,00	19 100,00	12 100,00	117 100,00

Fonte: Dados primários

Tabela II: Tipo de AVE segundo a faixa etária (em anos)
(Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

FAIXA ETÁRIA	TIPO DO AVE								TOTAL	
	Emb.		Tromb.		Hemor.		ICT			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 30	02	25,00	03	03,85	-	-	-	-	05	04,28
31 - 40	-	-	05	06,41	02	10,53	02	16,67	09	07,69
41 - 50	01	12,50	07	08,97	01	05,26	-	-	09	07,69
51 - 60	-	-	15	19,23	08	42,11	01	08,33	23	20,51
61 - 70	02	25,00	24	30,77	03	15,79	07	58,34	36	30,77
71 - 80	01	12,50	19	24,36	03	15,79	01	08,33	24	20,51
> 81	02	25,00	05	06,41	01	05,26	01	08,33	09	07,69
Sem Dados	-	-	-	-	01	05,26	-	-	01	0,86
T O T A L	08	100,00	78	100,00	19	100,00	12	100,00	117	100,00

Fonte: Dados primários

Quadro I: Relação entre tipo de AVE e idade média (em anos) (Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

VARIÁVEIS	TIPO DO AVE			
	Embólico	Trombótico	Hemorragico	ICI
Nº de casos	08	78	19	12
Sem dados	-	02	01	-
Idade Média (em anos)	59,0	62,7	59,7	60,3

Fonte: Dados primários

Quadro II: Relação entre o tipo de AVE e a idade média em anos, segundo o sexo (Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

IDADE MÉDIA (Em anos)		TIPO DE AVE				
		EMBÓLICO	TROMBÓTICO	HEMORRÁGICO	ICT	
S	MASC.	Nº Casos	02	43	13	07
		Média	41,00	62,51	61,53	65,85
E	FEM.	Nº Casos	06	35	05	05
		Média	65,00	61,65	57,00	52,60
X						
O						

Tabela III: Relação entre condições de alta hospitalar e faixa etária em anos (Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

FAIXA ETÁRIA (em anos)	Condições de Alta Hospitalar								TOTAL	
	Inalterado		Melhorado		Óbito		Sem Dados			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
≤ 30	-	-	03	05,45	01	02,13	01	12,50	05	04,28
31 - 40	-	-	07	12,72	02	04,26	-	-	09	07,69
41 - 50	-	-	05	09,09	01	02,13	03	37,50	09	07,69
51 - 60	01	14,28	13	23,64	10	21,27	-	-	24	20,51
61 - 70	03	42,86	12	21,82	17	36,17	04	50,00	36	30,77
71 - 80	-	-	14	25,46	10	21,27	-	-	24	20,51
> 81	03	42,86	01	01,82	05	10,64	-	-	09	07,69
Sem dados	-	-	-	-	01	02,13	-	-	01	00,86
T O T A L	07	100,00	55	100,00	47	100,00	08	100,00	117	100,00

Fonte: Dados primários

Tabela IV: Relação entre o tipo de AVE e doenças associadas
(Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

DOENÇAS ASSOCIADAS	TIPO DE AVE								TOTAL	
	EMB.		TROMB.		HEMOR.		ICT			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pneumopatias	01	05,26	13	09,92	07	12,50	02	13,33	23	10,41
H.A.S.	03	15,79	33	25,19	16	28,57	03	20,00	55	24,89
Cardiopatias	08	42,11	25	19,09	07	12,50	03	20,00	43	19,46
Diabetes	04	21,05	17	12,98	07	12,50	-	-	28	12,67
Outras	03	15,79	36	27,48	17	30,36	02	13,33	58	26,24
S/Doenças	-	-	04	03,05	-	-	05	08,94	09	04,07
S/Dados	-	-	03	02,29	02	03,57	-	-	05	02,26
T O T A L	19	100,00	131	100,00	56	100,00	15	100,00	221	100,00

Fonte: Dados primários

Tabela V: Relação entre tipo de AVE e permanência hospitalar em dias
(Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

PERMANÊNCIA HOSPITALAR (dias)	TIPO DE AVE								TOTAL	
	Emb.		Tromb.		Hemor.		ICT			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1 → 7	01	12,50	13	16,67	07	36,84	05	41,67	26	22,22
7 → 14	01	12,50	18	23,08	02	10,53	03	25,00	24	20,52
14 → 21	01	12,50	16	20,51	03	15,79	02	16,66	22	18,80
21 → 28	04	50,00	08	10,26	03	15,79	02	16,67	17	14,53
28 → 35	-	-	06	07,69	01	05,26	-	-	07	05,98
35 → 42	01	12,50	02	02,56	01	05,26	-	-	04	03,42
> 42	-	-	15	19,23	02	10,53	-	-	17	14,53
SEM DADOS	08	100,00	78	100,00	19	100,00	12	100,00	117	100,00

Fonte: Dados primários

Quadro III: Relação entre o tipo de AVE e o tempo médio de permanência hospitalar (em dias). (Prog-nóstico imediato do AVE, HGCR, 1976).

VARIÁVEIS	TIPO DE AVE		
	Embólico	Trombólico	Hemorragico
Nº de casos Tempo médio de perm.hosp (em dias)	08	78	19
	22	24,8	17,7
			12
			10,6

Fonte: Dados primários

Tabela VI: Relação entre condições de alta hospitalar e permanência hospitalar em dias. (Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

PERMANÊNCIA HOSPITALAR (em dias)	CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR								TOTAL	
	Inalterado		Melhorado		Óbito		Sem Dados			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 → 7	02	28,57	09	16,37	12	25,53	03	37,50	26	22,22
7 → 14	-	-	14	25,45	09	19,15	01	12,50	24	20,52
14 → 21	02	28,57	12	21,82	07	14,89	01	12,50	22	18,80
21 → 28	-	-	11	20,00	05	10,64	01	12,50	17	14,53
28 → 35	01	14,29	03	05,45	02	04,26	01	12,50	07	05,98
35 → 42	-	-	01	01,82	02	04,26	01	12,50	04	03,42
> 42	02	28,57	05	09,09	10	21,27	-	-	17	14,53
T O T A L	07	100,00	55	100,00	47	100,00	08	100,00	117	100,00

Fonte: Dados primários

Tabela VII: Relação entre o tipo de AVE e condição de alta hospitalar
(Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

CONDIÇÕES DE ALTA	TIPO DE AVE				TOTAL
	Emb.	Tromb.	Hemor.	ICT	
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Inalterado	01 12,50	04 05,13	- -	02 16,67	07 05,98
Melhorado	01 12,50	43 55,13	03 15,79	08 66,66	55 47,01
Óbito	04 50,00	27 34,61	16 84,21	- -	47 40,17
Sem Dados	02 25,00	04 05,17	- -	02 16,67	08 06,84
TOTAL	08 100,00	78 100,00	19 100,00	12 100,00	117 100,00

Fonte: Dados primários

Tabela VIII: Relação entre as condições de alta hospitalar e doenças associadas. ^M
(Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

DOENÇAS ASSOCIADAS	CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR								TOTAL	
	Inalterado		Melhorado		Óbito		Sem Dados			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pneumopatias	01	12,50	05	05,38	17	15,45	-	-	23	10,41
H.A.S.	01	12,50	32	34,41	20	18,18	02	20,00	55	24,89
Cardiopatias	04	50,00	15	16,13	22	20,00	02	20,00	43	19,46
Diabetes Mel litus	-	-	11	11,83	15	13,64	02	20,00	28	12,67
Outras	01	12,50	22	23,65	35	31,82	-	-	58	26,24
S/Doenças	01	12,50	06	06,45	-	-	02	20,00	09	04,07
S/Dados	-	-	02	02,15	01	0,91	02	20,00	05	02,26
T O T A L	08	100,00	93	100,00	110	100,00	10	100,00	221	100,00

Fonte: Dados primários

Tabela IX: Relação entre tipo de AVE e localização cerebral
(Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

LOCALIZAÇÃO CEREBRAL	TIPO DE AVE				TOTAL
	Emb.	Tromb.	Hemor.	ICT	
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
Direita	04 50,00	34 43,59	04 21,05	03 25,00	45 38,46
Esquerda	02 25,00	30 38,46	08 42,11	06 50,00	46 38,32
Bilateral	- -	04 05,13	01 05,26	- -	05 04,27
Sem Dados	02 25,00	10 12,82	06 31,58	03 25,00	21, 17,95
T O T A L	08 100,00	78 100,00	19 100,00	12 100,00	117 100,00

Fonte: Dados primários

Tabela X: Relação entre a localização cerebral do AVE e a permanência hospitalar em dias.
(Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976)

PERMANÊNCIA HOSPITALAR (em dias)	LOCALIZAÇÃO CEREBRAL DO AVE								TOTAL	
	Direita		Esquerda		Bilateral		Sem Dados			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 → 7	09	20,00	05	10,87	02	40,00	10	47,62	26	22,22
7 → 14	08	17,78	11	23,91	-	-	05	23,81	24	20,52
14 → 21	10	22,22	08	17,39	01	20,00	03	14,29	22	18,80
21 → 28	08	17,78	09	19,57	-	-	-	-	17	14,53
28 → 35	02	04,44	04	08,70	-	-	01	04,76	07	05,98
35 → 42	03	06,67	-	-	01	20,00	-	-	04	03,42
> 42	05	11,11	09	19,57	01	20,00	02	09,52	17	14,53
T O T A L	45	100,00	46	100,00	05	100,00	21	100,00	117	100,00

Fonte: Dados primários

Tabela XI: Relação entre a localização cerebral do AVE e as condições de alta. (Prognóstico Imediato do AVE, HGCR, 1976).

CONDIÇÕES DE ALTA	LOCALIZAÇÃO CEREBRAL DO AVE					TOTAL
	Direita	Esquerda	Bilateral	Sem Dados		
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %		
Inalterado	03 06,67	03 06,52	- -	01 04,76	07 05,98	
Melhorado	26 57,78	25 54,35	- -	04 19,05	55 47,01	
Óbito	12 26,67	15 32,61	05 100,00	15 71,43	47 40,17	
Sem Dados	04 08,88	03 06,52	- -	01 04,76	08 06,84	
T O T A L	45 100,00	46 100,00	05 100,00	21 100,00	117 100,00	

Fonte: Dados primários

V - DISCUSSÃO

As primeiras quatro semanas após a ocorrência do Acidente Vascular Encefálico, constituem um período durante o qual muitos pacientes vão a óbito; mas é também neste período que muitos obtêm uma recuperação funcional quase completa (5). Este período constitui, então, um intervalo de tempo em que torna-se possível avaliar o prognóstico imediato do AVE, considerando-se fatores diretamente relacionados com a etiologia e epidemiologia desta doença cerebrovascular.

Segundo a literatura revisada, trombose cerebral ocorre com maior frequência, enquanto que em relação à isquemia cerebral transitória (ICT) hemorragia e embolia cerebrais, as frequências divergem de acordo com o local em que foi realizado o estudo (1, 4 e 7). Em nossa amostra de 117 casos de AVE, trombose cerebral ocorreu com maior frequência, seguida de hemorragia cerebral, isquemia cerebral transitória e embolia cerebral, o que está de acordo com os resultados do estudo realizado por GLYNN (1956), no St. Mary Abbots Hospital (6).

De acordo com o sexo, a ocorrência de AVE foi maior no sexo masculino (55,56%), sendo de 44,44% no feminino (tabela I). Conforme esta mesma tabela, o embolismo cerebral foi mais frequente entre as mulheres e a hemorragia cerebral entre os homens. Considerando-se embolia e trombose cerebrais como infarto cerebral, observamos que não houve diferença significativa na incidência segundo o sexo. Este dado não corrobora com a literatura, a qual afirma ser o infarto cerebral duas vezes mais frequente no sexo masculino em relação ao feminino.(8).

A tabela II nos mostra que a ocorrência do AVE modificou-se conforme a faixa etária analisada. O quadro I melhor demonstra este fato, onde verificamos que a idade média variou de 59 e 62,7 anos (embolia e trombose, respectivamente) sendo de 59,7 anos para a hemorragia cerebral e 60,3 anos para a ICT.

Considerando-se o sexo, o quadro II nos mostra que a idade média foi equivalente entre os dois sexos, em relação ao AVE

trombótico. Já no hemorrágico a média de idade variou de 61,53 anos para o sexo masculino e 57 anos para o feminino; para a isquemia cerebral transitória, as médias foram de 65,85 anos para os homens e 52,60 anos para as mulheres. Quanto ao embólico, a idade média para o sexo feminino foi de 65 anos e de 41 anos para o masculino. Porém, somente ocorreram dois casos de embolia cerebral em pacientes do sexo masculino, um com 18 anos e outro com 64 anos. Portanto, a média obtida não representa um dado real de ocorrência.

Segundo FORD e KATZ (5), considerando-se o AVE genericamente, não relacionado ao sexo, a idade média de seu aparecimento é de 71 anos para homens e 74,6 anos para mulheres, mais elevadas, portanto, do que as obtidas em nossa amostra.

Relacionando condições de alta hospitalar com a faixa etária dos pacientes (tabela III), verificamos que praticamente não houve prevalência significativa de faixa etária entre as condições de alta "melhorado" e "Óbito", que demonstrasse o fator idade como condicionante de melhor ou pior prognóstico imediato. A literatura (7) cita que a faixa etária até 60 anos não influi em termos de prognóstico. Já a faixa acima de 60 anos é considerada como fator de pior prognóstico. Nossos resultados não corroboram com estes dados.

Segundo a tabela IV, a embolia cerebral teve como principais doenças associadas as cardiopatias (42,19%) e o diabetes melitus (21,05%). Em relação às cardiopatias, verificamos que os casos de embolia cerebral (8 vezes), 75% apresentaram fibrilação atrial, 12,50% estenose mitral e 12,50% endocardite bacteriana, correspondendo às condições clínicas que precipitaram o AVE embólico (7). A trombose cerebral teve como associações predominantes a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as cardiopatias, coincidindo com as causas de trombose cerebral descritas na literatura (1). Chama a atenção que na ICT, 33,34% dos casos não apresentaram quaisquer doenças associadas e que a frequência de HAS foi bem menor do que a relatada pelos autores (1 e 12). Na hemorragia cerebral a HAS mostrou-se muito frequente (16 vezes em 19 casos), também corroborando com as descrições da literatura (1, 3, 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 12).

Considerando-se o tempo de permanência hospitalar e o tipo de AVE (tabela V), verificamos que aquela foi pouco variável

entre os quatros tipos. Já no quadro III percebemos que o tempo médio de internação variou significativamente, sendo de 10,6 dias para a ICT, 17,7 dias para a hemorragia, 24,8 dias para trombose e 22 dias para embolia. Estas diferenças muito provavelmente decorreram da maior ou menor gravidade do tipo de AVE: A ICT, por exemplo, é uma entidade relativamente benigna e conforme a tabela VII, nenhum dos casos foi a êxito letal, justificando o menor tempo de hospitalização. A hemorragia cerebral é o tipo de AVE mais grave, em termos de prognóstico (9). Em nossa amostra, dos 19 casos de hemorragia, 16 foram a óbito (tabela VII), justificando o menor tempo médio de internação (quadro III). Já a trombose cerebral concorreu com o mais alto percentual de melhoria; e na embolia, 50% dos casos foram a óbito (tabela VII).

As doenças associadas, principalmente HAS, cardiopatias e diabetes mellitus, são, ao mesmo tempo, agentes etiológicos e fatores de agravo ao prognóstico imediato do AVE, principalmente nas primeiras 48 horas (9 e 12).

Foram estas as principais doenças que incidiram em nossa amostra. Analisando a tabela VIII, verificamos que as mesmas interferiram na evolução clínica dos pacientes já que, dos que tiveram alta hospitalar melhorados, seis não possuíam doença associada enquanto dos que foram a óbito, todos possuíam uma ou mais destas doenças. As pneumopatias, agravadas durante a internação, contribuíram sobremaneira para a mortalidade pois dos 47 pacientes que foram a óbito, 17 deles apresentaram tam enfermidade, corroborando com a literatura (4, 12).

A localização cerebral do AVE tem fundamental importância quanto ao seu prognóstico e a paralisia bilateral acarreta maior mortalidade do que a unilateral (5). Este fato também ocorreu no grupo de pacientes analisados, onde a mortalidade foi de 100,00% entre os que tiveram dano cerebral bilateral. A localização à esquerda ou à direita determinou diferenças discretas quanto às condições de alta (tabela XI) e interferiu no tempo de permanência hospitalar (tabela X): 19,57% dos pacientes com AVE localizado no hemisfério esquerdo permaneceram hospitalizados por um período maior que 42 dias, enquanto apenas 11,11% permaneceram internados por igual período quando o acometimento cerebral foi à direita. Estes, também, foram os que, no período de 1 a 7 dias, concorreram com a maior frequência. Quanto ao tipo de AVE relacionado à localização

cerebral (tabela IX), verificamos que embolia e trombose foram mais frequentes à direita e isquemia cerebral transitória e hemorragia cerebral acometeram com maior frequência o hemisfério esquerdo. Como a hemorragia cerebral foi responsável por alta taxa de mortalidade (16 dos 47 óbitos), a localização à esquerda talvez não deva ser considerada fator de pior prognóstico pois a hemorragia, por si só, é causa de elevada taxa de mortalidade precoce (12).

VI - CONCLUSÕES

Analisando os dados obtidos após o desenvolvimento com parativo com achados da literatura, chegamos às seguintes conclusões:

- 1 - A trombose cerebral foi o tipo de AVE mais frequente, seguida pela hemorragia cerebral, isquemia cerebral transitória (ICT) e embolia cerebral.
- 2 - De acordo com o sexo, ocorreu uma ligeira predominância do AVE no sexo masculino em relação ao sexo feminino.
- 3 - A idade média de ocorrência do AVE foi de 57,72 anos para homens e 59 anos para mulheres, faixa etária bem mais baixa que a relatada pela literatura.
- 4 - As doenças associadas prevalentes foram as cardiopatias e diabetes mellitus para a embolia cerebral, HAS e cardiopatias para a trombose cerebral e HAS na hemorragia cerebral e ICT, todas guardando relação com a etiologia do tipo de AVE em que estiveram associadas.
- 5 - O tempo médio de permanência hospitalar foi menor na ICT devido a menor gravidade deste tipo de AVE, o mesmo ocorrendo com a hemorragia cerebral por ser esta doença cerebro-vascular responsável por elevada taxa de mortalidade precoce.
- 6 - A localização cerebral do AVE concorreu como fator influente em termos de prognósticos imediato, sendo que os pacientes acometidos bilateralmente foram todos a óbito. No entanto, a localização em hemisfério direito ou esquerdo não determinou maior mortalidade, levando, apenas, a um maior ou menor tempo de hospitalização, de acordo com o hemisfério atingido e com o tipo de AVE, sendo que ICT e hemorragia cerebral predominaram mais à esquerda e embolia e trombose cerebral mais à direita.

- 7 - A presença de doenças associadas ao AVE teve valor em termos de prognóstico imediato visto que todos os pacientes que foram a êxito letal apresentaram uma ou mais destas doenças.
- 8 - Pode-se afirmar que a realidade, em termos de prognóstico imediato do AVE, define-se, nas primeira 4 (quatro) semanas após a instalação do mesmo, levando-se em consideração, fundamentalmente as taxas de mortalidade.

VII - SUMMARY

The authors of this paper analysed 117 cases of Cerebro Vascular Accident (CVA), with the average age of 57,72 years for patients of the masculine sex and 59 years old for the feminine sex.

The cerebral Thrombosis fell upon in 78 patients, being followed by Cerebral Hemorrhage (19 cases), Transient Ischaemic Attack (TIA) (12 cases) and cerebral Embolism (8 cases).

There was some predominance of CVA in the masculine sex in relation to the feminine sex.

The associated diseases largely found were mainly Systemic Arterial Hypertension (SAH), Heart Diseases and Diabetes Mellitus, each of them related to the etiolog of the type CVA in which occurred more frequently.

The permanence in the hospital varied according to the gravity of the type CVA, being less in TIA and Cerebral Hemorrhage, in the first, for being less grave and in the second, for the high tax of precocious mortality.

As to the cerebral localization, the bilateral onset determined the death on 100% of the cases and the localization on the right or on the left didn't influence on the mortality tax, but only conditioned less or more time of hospitalization.

In terms of immediate prognostic of CVA, the situation was determined in the first four weeks after its installation, taking into consideration, mainly, the mortality taxes.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ADAMS, R. D. & VICTOR, M. - Cerebrovascular Diseases. In: Principles of Neurology. New York, McGraw-Hill Book Company, 1977. p. 496-561.
- 2 - BANNISTER, R. - Disorders of the Cerebral Circulation. In: Brain's Clinical Neurology. 3^a ed. London, Oxford University Press, 1969. p. 213-239.
- 3 - BRAIN, L. - Transtornos de 1^a Circulacion Cerebral. In: Enfermedades Del Sistema Nervioso. 2^a ed. Buenos Aires, Libreria "El Ateneo" Editorial, 1965. p. 209-244.
- 4 - FISHER, C. M. et alli. - Doenças Vasculares Cerebrais. In: Medicina Interna. 4^a ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan S.A., vol. II, 1968. p. 1249-1289.
- 5 - FORD, A. B. & KATZ, S. - Prognosis After Strokes. Medicine 45(3): 223-235, May 1966.
- 6 - MARSHALL, J. - Diagnóstico y Tratamiento de las Afecciones Cerebrovasculares. 2^a ed. Barcelona, Editorial Jims, 1970.
- 7 - MARSHALL, J. - The Management of Cerebrovascular Disease. 3^a ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1976.
- 8 - McDOWELL, F. H. - Doenças Vasculares Cerebrais. In: Tratado de Medicina Interna (de Cecil-Loeb). 14^a ed. Rio de Janeiro, Ed. Interamericana Ltda., 1977. p. 834-864.

- 9 - OJEMANN, R. G. - Intracerebral and Intercerebellar Hemorrhage. In: Neurological Surgery. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1973. p. 844-851.
- 10 - REY, L. - Como Redigir Trabalhos Científicos. São Paulo, Ed. Edgard Blücher Ltda., 1976.
- 11 - RUIZ, J. A. - Metodologia Científica. São Paulo, Ed. Atlas S.A., 1978.
- 12 - TOOLE, J. F. & PATEL, A. N. - Cerebrovascular Disorders. 2^a ed. New York, McGraw-Hill Book Company, 1974.

TCC
UFSC
CC
0029

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0029

Autor: Silva, Maurício La

Título: Prognóstico imediato do acidente



972811941

Ac. 252866

Ex.1 UFSC BSCCSM